

הפרעת זהות דיסוציאטיבית: עקרונות אבחון וטיפול

פרופ' אלי זומר²¹

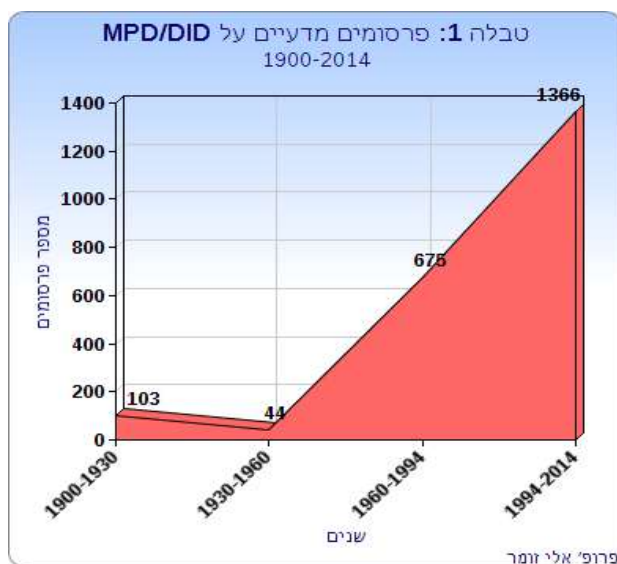
בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה

¹eli@somer.co.il, www.somer.co.il

² פסיכולוג קליני בכיר, נשיא לשעבר של החברה האירופאית לטראומה ודיסוציאציה (ESTD) ושל החברה הבינלאומית למחקר וטיפול בטרומה ודיסוציאציה (ISSTD)

בניגוד לאמונה הרווחת, ההפרעות הדיסוציאטיביות בכלל, והפרעת זהות דיסוציאטיבית (Dissociative Identity Disorder, DID) בפרט, אינן הפרעות נדירות. למרות זאת, בסקר נרחב שנערך בקרב מומחים בבריאות נפש בישראל נמצא שרק 37% דיווחו כי הם מכירים את ההפרעה (Somer, 2000). המיתוס ולפיו שכיחות ההפרעה נמוכה מאוד נשען ככל הנראה על לקות בידע אודות הליכי אבחונה. מחקרים אפידמיולוגים מצביעים כי שכיחותן של הפרעות דיסוציאטיביות דומה לזו של הפרעות פסיכיאטריות מוכרות כמו סכיזופרניה, והיא נעה בין 1%-3% באוכלוסיה הכללית, ואף גבוהה מכך בקרב המאושפזים במחלקות פסיכיאטריות (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2006; Murphy, 1994; Ross, 1991; Sar, Akyüz, & Dogan, 2007; Waller & Ross, 1997). סקר שנערך בישראל גילה כי 12% מכלל המאושפזים במחלקות פסיכיאטריות ענו בוודאות על הקריטריונים האבחוניים של הפרעה דיסוציאטיבית על אף שהפרעה זו לא תועדה קודם בתיקים הרפואיים שלהם (Ginzburg, Somer, Tamarkin & Kramer, 2010). אי הכרה בשכיחותה של ההפרעה קיימת בצד העובדה שעד 2005 פרסמו חוקרים וקלינאים ישראליים יותר מ-140 מאמרים בעברית ובספרות הבינלאומית בתחום הדיסוציאציה (Somer, 2005).

מאז נכתב המאמר הראשון בישראל על הפרעת זהות דיסוציאטיבית (Dissociative Identity Disorder - DID (זומר, 1989) עובר התחום בארץ שינוי ממעמד של פסיכופתולוגיה אזורית המעוררת תגובות ביטול מצד אנשי מקצוע, למוקד עניין רציני של קלינאי טראומות ילדות כרוניות. תהליך זה התפתח במקביל לפריחה המחקרית ולעליה המשמעותית בכתיבה הקלינית והעיונית בתחום בספרות המדעית הבינלאומית. טבלה 1 מציגה סקירה של פרסומים במאגר PsychNET של ה-APA, בעזרתה מתחוויר תהליך מעודד: בין השנים 1900 ו-1930 פורסמו 103 מאמרים, פרקי ספרים, ספרים ועבודות דוקטור בנושא של זהות מרובה (multiple personality). בין 1930 ל-1960, חלה ירידה בעניין בתופעה אבל מאז 1960 ועד שינוי השם של ההפרעה כעבור 34 שנים ל-DID, פורסמו 675 מאמרים בנושא זה. ב-20 השנים שחלפו מאז שינוי השם של ההפרעה ב-1994 מ'הפרעת זהות מרובה' (multiple personality disorder) ל'הפרעת זהות דיסוציאטיבית' (DID) ועד היום, יצאו לאור 1366 פרסומים מדעיים נוספים על ההפרעה שחוברו על ידי מדענים וקלינאים מ-26 מדינות שונות וביניהן אוגנדה, איטליה, איראן, ארגנטינה, ארה"ב, בריטניה, גרמניה, הודו, הולנד, הפיליפינים, טורקיה, יפן, ישראל, נורבגיה, ניו זילנד, סין, ספרד, צרפת, קנדה, שווייץ, ושוודיה.



הפער בין עושר הפרסומים בתחום והידע על ההפרעה בישראל הוא צורם. מטרת מאמר זה היא לעורר סקרנות ב DID בקרב הקוראים, ולכן, אסקור להלן את התפתחות ההפרעה, מאפייניה, הדילמות בזיהויה ואת עקרונות הטיפול בה.

התפתחות ההפרעה

מבחינה אטיולוגית, הפרעת זהות דיסוציאטיבית היא למעשה הפרעה פוסט-טראומטית. המחקר מצביע ללא עוררין על קשר בין חומרת הפסיכופתולוגיה הדיסוציאטיבית, לבין חומרת הטראומה לה נחשף אדם בילדותו, מידת הכרונות וגיל החשיפה לטראומה (Carlson, Yates & Sroufe, 2009). העצמי (*self*) מומשג מנקודת מבט ההתפתחותית כארגון של עמדות, רגשות, ציפיות, ומשמעויות (Sroufe, 1990) שמתפתח מתוך הקשר ההורי הדיאדי המוקדם ומשפיע על דפוסי החוויה וההסתגלות של האדם. היווצרות העצמי נעשה תוך תהליכי דיפרנציאציה ואינטגרציה ביחס לדמויות המטפלות, שבמהלכם הילד לומד לשלבן בעבודת הוויסות הרגשי. בהתאמה עם היווצרות תהליכי הוויסות הרגשי, ארגון העצמי כולל גם תהליכים של פיתוח ציפיות של הילד מעצמו, מהאחר, ומעצמו-ביחס-לאחר. יש הסוברים שתהליכים דיסוציאטיביים בילדות הם ביטויים נורמאטיביים של רמת ארגון ואינטגרציה בלתי מפותחים, שאינם מאפשרים להבין שהתנהגויות סותרות הן חלק ממקשה אחת, כמו למשל – שכעס של הורה אינו סותר את העובדה שהורה עדיין אוהב ושהכעס מהווה חלק מההורה המיטיב השלם (למשל, Cole & Putnam, 1992). ילדים שנחשפים להורות מזניחה או מתעללת נאלצים להקדיש אנרגיות לוויסות מצוקותיהם ואינם מסוגלים לפתח את היכולות האינטגרטיביות שלהם. בעצם, כדי לשמר את יכולתם להיקשרות, רבים מהם נאלצים להשאיר את דפוסי האינטראקציה הסותרים עם הדמויות המטפלות, כשהם בלתי משולבים: ייצוג ההורה הפוגע נשמר בצד ייצוג ההורה המיטיב ומצב העצמי הפוגע נשמר בצד מצב העצמי האהוב. ככל שההתעללות מחמירה ונמשכת, מתגברת גם החשיבות של הקמת חומות אמונה בין מצבי העצמי השונים, כך שמצבי העצמי המתפקדים והמנסים לשמר את ההיקשרות עם הדמויות המטפלות, לא יהיו מודעים למציאות האחרת, שבה מצבי עצמי אחרים סופגים את ההתעללות ונושאים את סבלה. תהליכים התפתחותיים כאלה, עומדים בבסיס האטיולוגיה של מרבית המקרים של הפרעת הזהות הדיסוציאטיבית. במאמר זה אשתמש במספר מונחים חופפים לתיאור ריבוי הזהויות, כולם שגורים בשפת המומחים בתחום: מצבי העצמי, חלקי אישיות, זהות חלופית, אבל כדי שהתופעה לא תשאר מופשטת לחלוטין, אציג בפסקה הבאה מספר דוגמאות שתבהרנה כיצד עשויות הזהויות החלופיות הללו לבא לכדי ביטוי.

פנומנולוגיה של הזהויות החלופיות

קלינאים תיארו בספרות מספר טיפוסי זהויות הקיימות בקרב הרבה אנשים המתמודדים עם DID. לזהויות אלה יש חשיבות אסטרטגית במהלכי הטיפול בהפרעה. למשל: **האישיות ה"מארחת" (host)** היא זו המחפשת בדרך כלל את הטיפול ומאופיינת בדיכאון ותסמיני PTSD המלווים באפיוזות של "חורים בזיכרון". זהות זו אינה מודעת, לרוב, לזהויות הנושאות את הזיכרונות הטראומטיים. **זהות רודפנית** העוינת, בדרך כלל, את הזהות המארחת ועלולה לדחוף אותה לניסיונות אובדניים או להתנהגויות של השחתה עצמית. זהות זו מזדהה אמנם עם הדמות המתעללת, אבל היא מייצגת לעיתים תכופות מצב נפשי ילדי כעוס ומבוהל. **זהות ילדית** המשמרת בצורה ממודרת את צרכי הילד הבלתי מסופקים ואת הזכרונות הטראומטיים המוסתרים ממודעותה של האישיות המארחת. דמות **הזונה** הקיימת הן אצל גברים והן אצל נשים עם DID והיא נוצרה כדי לאפשר שיתוף פעולה עם הדמות המטפלת-מתעללת ולוודא שתבוא על סיפוקה במהירות

האפשרות. זהות זו נכנסת לפעולה במצבים שבהם המטופלת נדרשת לפעילות מינית או תופסת פיקוד כדי לחוש תחושות עוצמה, לא פעם תוך אמנויה אצל האישיות המארכת. **זהות של המין שני** קיימת כמעט בכל המקרים של DID ונוצרה בדרך כלל בתקופת הטראומה, כדי להעניק למתמודדת את היתרונות של חווית זהות ותחושת הערך המיוחסת לבן המין השני.

סוגיות באבחון ההפרעה

על אף ש DID איננה הפרעה נדירה, רק 6% מהמתמודדים עם ההפרעה חושפים את תסמיניה המובהקים באופן קבוע (Kluft, 2009), ואילו אצל השאר האבחון מתאפשר רק בתוך "חלון הזדמנות" בציר הזמן, שבו חילופי הזהויות גלויים לעין המאבחן למשך תקופה מוגבלת. אצל שאר המתמודדים עם ההפרעה התמונה הקלינית היא פולי-סימפטומטית וכוללת מכלול תסמינים דיסוציאטיביים, סומטופורמיים, פוסט-טראומטיים, חרדתיים, דיכאוניים וגבוליים, וכן, הפרעות אכילה, שימוש בחומרים פסיכואקטיביים ותסמינים שניידריאניים מהדרגה הראשונה (כמו שמיעת קולות). תסמינים שניידריאניים מכוונים את המומחים, מטבע הדברים, להשערה אבחנתית של סכיזופרניה. בהיעדר תסמינים גלויים של זהויות מתחלפות, מאובחנים רבים מהמתמודדים עם ההפרעה באבחנות העולות בקנה אחד עם התסמינים המוכרים להם יותר. מכיוון, שאבחנות כאלה אינן מייצגות נאמנה את מצבם הנפשי של המטופלים, לטיפול בהם אין סיכוי לפתור את מצוקתם הנפשית. רבים ממטופלים אלה מסתובבים במשך שנים במערכות בריאות הנפש עם אבחנות שונות ומזוהים כמטופלים "לא טיפוסיים" שאינם מגיבים לטיפול התרופתי הייעודי או לפסיכותרפיה, שכן גם טיפול נתמך-ראיות לא יכול להיות יעיל אם הוא נשען על אבחון לא מדויק. תרומה נוספת להחמצות באבחון יש לייחס לחוסר ההתאמה של כלי האבחון המוכרים, כמו סוללת המבחנים הפסיכולוגיים ההשלכתיים או ראיונות הסטאטוס הפסיכיאטרי, לאיתור תסמינים המעידים על DID. מאחר ומטופלים עם DID מנדבים רק לעיתים רחוקות פרטים מפורשים אודות ההפרעה, הרי שבלי תשאול ייעודי ספציפי יתקשה המראיין לזהות את ההפרעה, ובלי הכשרה ספציפית, עלולים מטפלים רבים לא לזהות תסמיני דיסוציאציה גם כשהם מתעוררים ספונטאנית בעת הראיון האבחוני או בזמן השיחה הטיפולית.

נתיבים לאבחנה ואבחנה מובדלת

האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (American Psychological Association, 2013) וארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 1992) עסקו אמנם במגדיריהם באיפיון התסמינים הספציפיים של ההפרעות הדיסוציאטיביות השונות, כולל DID, אך לא הגדירו את מהות הדיסוציאציה הפתולוגית, המהווה את המכנה המשותף לכלל ההפרעות. פסיכופתולוגיה דיסוציאטיבית תוגדר כאן כהפרעה באינטגרציה או בפעולה המשולבת של התפקודים הפסיכולוגיים השונים. פתולוגיה דיסוציאטיבית מתרחשת כאשר אדם חווה שינוי פולשני ובלתי צפוי במודעות ובחוויה של תפקודים פסיכולוגיים כמו: רצייה, כוונה, חשיבה, רגש, תחושה, שמיעה, ראייה, טעימה, רחצה, התנהגות, ידע, זיכרון, חווית הגוף, הזהות/העצמי, הזולת והעולם. כלומר, אדם בריא חווה את גופו, התנהגותו, זכרונותיו או רגשותיו כשייכים לו, נמצאים בשליטתו או כנובעים ממנו, או במילים אחרות, התפקודים הפסיכולוגיים נמצאים באסוציאציה אלה לאלה, משולבים אלה באלה. המצב הפתולוגי הוא כשהתפקודים הללו (או חלקם) מנותקים או נמצאים בדיסוציאציה אלה מאלה.

להלן כמה דוגמאות לפרזנטציה של תסמינים שעמה מגיעים מטופלים עם DID לקבלת עזרה נפשית. אדגים כיצד במקרים של DID, פרזנטציה תסמינים כמו אלה שיתוארו להלן, יכולה לפעמים להוביל לאבחון שלילי שגוי (false negative), ולא ימוץ אבחון חלופי:

סכיזופרניה. התסמין הדיסוציאטיבי הפתולוגי האופייני נחוה על ידי המטופל כשינוי פולשני ומפתיע החורג מדרכי התפקוד והתגובה הרגילים שלו. התסמינים הדיסוציאטיביים הפולשניים השכיחים ביותר כוללים שמיעת קולות, דפרסונליזציה, וחוויות אילון של מחשבות, דחפים, התנהגויות ורגשות הנחוות כנכפות על האדם. תסמינים אלה מייצגים את הפעילות המנטאלית של הזהויות החלופיות והם לכשעצמם, מייצגים, בדרך כלל, חשיבה קוהרנטית. מאחר ותסמינים שניידריאניים אלה מוכרים יותר לפסיכיאטרים רבים כתסמיני סכיזופרניה, ברור מדוע מקבלים חלק מהמטופלים עם DID אבחון אחר. אלא שלהבדיל מחולי סכיזופרניה שלרובם אין תסמיני דיסוציאציה פתולוגית כמו שהוגדרה לעיל, לאנשים עם DID אין בדרך כלל הפרעות חשיבה משמעותיות (כמו: חשיבה מאוד אסוציאטיבית שאינה מגיעה למטרה, דיבור לא קוהרנטי וכו'), אין הזיות ביזאריות, ואין תסמינים שליליים כמו השטחה רגשית או ירידה במוטיבציה ובהתנהגות יזומה. יחד עם זאת, תתכן תחלואה כפולה (קומורבידיות) של סכיזופרניה ו DID שיש המציעים לכנותה סכיזופרניה מטיפוס-משנה (subtype) דיסוציאטיבי או הפרעה סכיזודיסוציאטיבית.

דיכאון. רוב המטופלים עם DID סובלים ממאפייני דיכאון דומים לאלה הנצפים במהלך דיכאון כפול: קו בסיס של הפרעה דיסתימית עם התפרצויות חוזרות ונשנות של אפיזודות דיכאון רב (major depression), לרוב בעתות משבר. בניגוד להפרעת דיכאון ראשונית, מטופלים אלה אינם מגיבים בדרך כלל לתרופות נוגדות דיכאון, ובתום פסיכותרפיה מוצלחת בהפרעה הדיסוציאטיבית, דיכאון שניוני זה נעלם מיד.

הפרעה המרתית (קונברסיבית) והתקפים לא אפילפטיים (non-epileptic seizures). המחקר מראה שלמעלה מרבע מהנשים בקהילה שחוו לפחות תסמין המרתי אחד בחייהן, אובחנו כסובלות מהפרעה דיסוציאטיבית (Şar et al., 2009), כאשר באוכלוסיה המאושפזת מגיעים השיעורים עד 50% (Şar et al., 2004; Tezcan et al., 2003). כלומר, יתכן שחלק מהמטופלות עם DID עשויות היו להיות מטופלות קודם ללא הצלחה בגלל תסמין המרתי המייצג קונפליקט פנימי ביחס לטיפול או ביחס לנגיעה בחומרים מנטאליים "אסורים". התקפים לא אפילפטיים המכונים גם עוויות דיסוציאטיביות (dissociative convulsions) מאובחנים כך לאחר שנשללה פעילות חשמלית מוחית ולאחר שלא נצפו תסמינים גופניים אחרים המאפיינת אפילפסיה (Brown & Trimble, 2000). במקרים כאלה רצוי לפתוח בהליכי הערכה ל DID משום שככל הנראה, במצבי איום נפשי קשים נפתר הקונפליקט הפסיכולוגי על ידי אחד מחלקי האישיות ביצירת "קצר" תודעתי כללי שיכול לבוא לידי ביטוי לא רק בניתוק קצר-מועד הדומה להתקפי petit mal באפילפסיה, אלא גם באובדן מלא על השליטה השרירית וגם פרכוסים כמו ב grand mal.

הפרעת אישיות גבולית. להפרעת אישיות גבולית ולהפרעת זהות דיסוציאטיבית יש לעיתים תכופות מקור אטיולוגי דומה: הזנחה והתעללות בילדות. התחלואה הכפולה של הפרעת אישיות זו ו DID מרקיעת שחקים. מבין נבדקים שאובחנו כמתמודדים עם הפרעת אישיות גבולית נמצא כי ל 64-72% יש גם הפרעה דיסוציאטיבית (Şar & Öztürk, 2012). למעשה, נטען כי לקריטריונים האבחוניים של הפרעת אישיות גבולית יש תוקף נמוך (Hudziak et al., 1996) ואחד ההסברים לכך הוא שמה שמתואר ב DSM ביחס להפרעת אישיות זו הם למעשה היבטים בינאישיים של פתולוגיה דיסוציאטיבית ושאמות המידה האבחנתיות המתוארות "מזהות" הרבה מטופלים עם DID כהפרעת אישיות גבולית.

הפרעה דו-קוטבית II. הפרעה בוויסות הרגשי הקשורה ברקע טראומטי וחילופים של זהויות של DID, במיוחד כאשר אלה בעלות מצבי רוח ייחודיים, עשויים להזכיר לקלינאים הפרעה דו-קוטבית II או ציקלותימיה (Van der Kolk et al., 1996). יש לציין שבמקרים כאלה, השינויים במצב הרוח לא יגיבו לתרופות מייצבות וכי התופעה תחלוף בתום פסיכותרפיה מוצלחת, ללא טיפול תרופתי.

התמכרויות. מטופלים המתמודדים עם התמכרויות קשות מדווחים על רמות גבוהות יותר של היסטורית התעלות והזנחה בילדותם. למשל, במחקר שנערך בישראל נמצא כי 23% מקרב מכורים להרואין המקבלים טיפול במתדון, אובחנו כמתמודדים עם הפרעה דיסוציאטיבית (Somer, Altus & Ginzburg, 2010). מטופלים המתמודדים עם זיכרונות טראומטיים וכאב נפשי קשה מנשוא, כמהים להקנות את הכאב בכל דרך אפשרית. לפעמים דיסוציאציה פסיכולוגית מספיקה, אך יש מקרים בהם אין די במנגנוני ההגנה הניתוקיים ואז, כשחומרים משני תודעה כדוגמת הרואין זמינים למתמודדים, הם מנסים להקל על סבלם בהפעלת דיסוציאציה כימית.

פנומנולוגיה של הזהויות החלופיות

קלינאים תיארו בספרות מספר טיפוסים זהויות הקיימות בקרב הרבה אנשים המתמודדים עם DID. לזהויות אלה יש חשיבות אסטרטגית במהלכי הטיפול בהפרעה. למשל: **האישיות ה"מארחת" (host)** היא זו המחפשת בדרך כלל את הטיפול ומאופיינת בדיכאון ותסמיני PTSD המלווים באפיזודות של "חורים בזיכרון". זהות זו אינה מודעת, לרוב, לזהויות הנושאות את הזיכרונות הטראומטיים. **זהות רודפנית** העויינת, בדרך כלל, את הזהות המארחת ועלולה לדחוף אותה לניסיונות אובדניים או להתנהגויות של השחתה עצמית. זהות זו מזדהה אמנם עם הדמות המתעללת אבל היא מייצגת לעיתים תכופות מצב נפשי ילדי כעוס ומבוהל. **זהות ילדית** המשמרת בצורה ממודרת את צרכי הילד הבלתי מסופקים ואת הזכרונות הטראומטיים המוסתרים ממודעותה של האישיות המארחת. **הזונה** הקיימת הן אצל גברים והן אצל נשים עם DID והיא נוצרה כדי לאפשר שיתוף פעולה עם הדמות המטפלת-מתעללת ולוודא שתבוא על סיפוקה במהירות האפשרית. זהות זו נכנסת לפעולה במצבים שבהם המטופלת נדרשת לפעילות מינית או תופסת פיקוד כדי לחוש תחושות עוצמה, לא פעם תוך אמנזיה אצל האישיות המארחת. **זהות של המין שני** קיימת כמעט בכל המקרים של DID ונוצרה בדרך כלל בתקופת הטראומה כדי להעניק למתמודדת את היתרונות של חווית זהות ותחושת הערך המיוחסת לבן המין השני.

מיון ראשוני

במקרים של מטופלות המגיעות להערכת מצבן הנפשי ומציגות ריבוי אבחנות קודמות, ובאותם מקרים שבהם מצג התסמינים אינו קלאסי - במיוחד כאשר המטופלות אינן מגיבות לטיפול המותווה, מוצדק לערוך בירור לצורך שלילה של הפרעת זהות דיסוציאטיבית. אנשים עם הפרעות חרדה, הפרעות במצב הרוח, הפרעות אישיות, הפרעות אכילה, הפרעות שינה, או הפרעות בתפקוד המיני שאינם מגיבים לטיפולים נתמכי-ראיות במשך שנים ארוכות, עשויים להיות מועמדים ראויים לסיון ראשוני לצורך שלילת DID. הצידוק לבירור כזה מועצם כאשר המטפל מבחין בסמינים מעוררי חשד לתהליכי דיסוציאציה פתולוגיים כגון: אמנזיה נרחבת לתקופת הילדות, תופעות של מיקרו-אמנזיה בעת הראיון, קושי לזכור התנהגויות שביחס אליהן קיימות ראיות ברורות כי התרחשו (למשל, אומרת שלא זוכרת שהייתה בפגישה בשבוע שעבר בעוד הזיכרון של המטפלת והרישומים מראים שפגישה כזו התרחשה), בלבול בתחושת הזהות וכו'.

'סולם החוויות הדיסוציאטיביות' (DES Dissociative Experiences Scale) הוא הכלי המקובל ביותר לעריכת סינון כזה (Carlson & Putnam, 1993). הסולם חופשי לשימוש והודגם כמדד אמין ותקף של תדירות חוויות דיסוציאטיביות (להורדת הגרסה המקורית לחצו [כאן](#)), לגרסה העברית [פנו למחבר מאמר זה](#)). יש בו 28 פריטים המכסים תסמיני אמנזיה (פריטים 3,4,5,8,25,26), דפרסונליזציה/דראליזציה (פריטים 7,11,12,13,27,28), וכן, absorption -, עיסוק בנושא מסויים תוך התעלמות מהקורה סביב (פריטים 2,14,15,17,18,20). השאלון עובד ותורגם לעברית ונמצא

תקף ומהימן גם בשימוש בישראל (Somer, Dolgin & Saadon, 2001). ציון ה-DES מחושב כממוצע כל הפריטים והוא יכול לנוע בין 0 ל 100. ציוני ה-DES אינם מתפלגים נורמאליים, כי רוב פריטיו מייצגים חוויות יוצאות דופן. הנתונים המחקריים שלפני וניסיוני מלמדים אותי כי הממוצע של ה-DES באוכלוסיה נורמאלית הוא בערך 6 (רוב אנשים רושמים שהם חווים את הפריט המתואר בתדירות אפס). הממוצע בקרב אנשים המתמודדים עם סכיזופרניה הוא 16, בקרב מתבגרים הוא 17, אצל אנשים עם הפרעות אכילה 16, בקרב הסובלים מהפרעת אישיות גבולית 19, הפרעת דחק בתר חבלתית 31, הפרעה דיסוציאטיבית אחרת 36, ו 48 בקרב אנשים עם DID (למשל, Van Ijzendoorn, & Schuengel, 1996). ראוי לציון הוא הציון הממוצע הגבוה של PTSD המרמז על הקרבה האטיולוגית והמהותית בין DID לבין PTSD. כמו כן, מאחר וסכיזופרניה היא לעיתים תכופות אבחנה שגויה שאותה מקבלים אנשים עם DID, כדאי לשים לב להבדל בין ציון ה-DES שמקבלים אנשים עם סכיזופרניה לבין זה שמקבלים אנשים עם הפרעת זהות דיסוציאטיבית. הכלי מבחין היטב בין שתי האוכלוסיות.

נקודת החתך המומלצת לחשד ל DID המצדיק בירור נוסף היא ציון DES בגובה 30 (Carlson, Putnam, Ross, Torem, Coons, Dill, Lowenstein & Braun, 1993). ציוני ה-DES יכולים להוות הזדמנות מצויינת לדיון עם המטופלת על תשובותיה. ברור כזה רצוי משום שמחד, הוא עשוי להביא לתיקונים בציון על רקע אי הבנה של מקצת הפריטים, ומאידך, הוא עשוי לחדד את ההשערה האבחונית ולהניב מידע קליני עשיר. לאחר שעלה החשד כי המטופלת עשויה לסבול מהפרעה דיסוציאטיבית, רצוי לערוך ראיון קליני ייעודי ומובנה (structured) כדי לוודא מה היא האבחנה המדויקת.

ראיון אבחוני מובנה. הקריטריונים האבחוניים של ה-DSM לזיהוי DID אינם מספקים משום שהם מתמקדים בחילופי הזהויות עצמם ואינם מתארים לקלינאי מגוון תסמינים שונים שעשויים להעיד על האבחנה. חילוף הזהויות היא תופעה שלא תמיד יכול המטופל לדווח עליה (בגלל אמונה של האישיות המרכזית לתופעה זו) ורק לעיתים נדירות היא מוצגת למאבחן באופן התנהגותי גלוי בעת תהליך ההערכה הפסיכולוגית. להלן אמות המידה האבחוניות של DID ב-DSM-5

(American Psychiatric Association, 2013):

- Disruption of identity characterized by two or more distinct personality parts. This disruption may be observed by others, or reported by the patient.
- Amnesia between parts of the personality.
- The disturbance is not a normal part of broadly accepted cultural, religious practice, or part of the normal fantasy play of children.

שני הקריטריונים האחרונים מופיעים בתיאור הפרעות רבות אחרות ואינם ספציפיים ל DID:

- Causes clinically significant distress and impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance.

אחד הראיונות הטובים לאבחון הפרעות דיסוציאטיביות (שלהערכתי לא עודכן עדיין לקריטריונים המופיעים ב

DSM-5) הוא הראיון הקליני המובנה להפרעות דיסוציאטיביות של סטיינברג (Steinberg, 1993) הנקרא: 'Structured Clinical Interview for the DSM – Dissociative Disorders' ובקיצור, SCID-D. ה-SCID-D מקבץ את החוויות הדיסוציאטיביות לחמש קטגוריות גלובליות המכסות בצורה טובה יותר את התופעות הדיסוציאטיביות הפתולוגיות ומאפשרת, על כן, זיהוי טוב יותר של ההפרעות. הראיון מאפשר איתור של תסמיני הליבה של ההפרעות הללו שמהן נגזרות כל האבחנות:

אמנזיה: מקומית - אובדן זיכרון ביחס לתקופה מסוימת, סלקטיבית - אובדן זיכרון ביחס להיבטים מסוימים בתקופה מוגדרת, מתמשכת - אובדן זיכרון מנקודת זמן ספציפית בעבר ועד להיום, וכללית - אובדן זיכרון ביחס לכל החיים. **דפרסונליזציה:** מבט על הגוף מבחוץ, תחושות רובוט, קיהיון, להיות כמו בחלום\סרט, היעלמות או ניתוק מחלק של הגוף, השתנות חלקי גוף (כמו גפיים) בגודלם, חוויות ריחוף או התבוננות על העצמי מבחוץ כשבוחן המציאות נשמר תקין. **דראליזציה:** חוויה שהסביבה איננה אמיתית, תחושת זרות\מוזרות ביחס לבית או מקום העבודה או לקרובים. על אף שיש זיהוי של המקומות או האנשים, התחושה היא של זרות. יתכנו עיוותים בתפיסת הזמן או המקום.

בלבול בזהות: השתאות, אי-ביטחון, או קונפליקט ביחס לזהות. קיומו של מאבק פנימי ביחס ל"מי אני", קונפליקט ביחס לקבלת החלטות. זהו מצב שונה מבלבול בזהות אצל מתבגרים או במשבר אמצע החיים משום שכאן מדובר בתופעה חמורה הפוגעת בליבת הזהות ולא בשאלות של סגנון חיים או העדפות בלבד.

שינויים בזהות: התנהגויות אובייקטיביות ברות צפייה המבטאות חילוף בזהות והן כוללות, התייחסות עצמית בגוף רבים, בשם אחר, זיהוי מיומנות שאיננה מאפיינת את האדם או אובדן מוזר ופתאומי של מיומנות כזו, זיהוי חפצים שאין זיכרון ביחס לרכישתם, ראיות שאנשים אחרים מכנים את המטופל בשם אחר או שאחרים מספרים למטופל כי ראו אותו מתנהג בצורות שונות ולא טיפוסיות. בעת הראיון, איתור של מיני דיסוציאציות, מיקרו-אמנזיות, שינויים בסגנון הדיבור, מצב הרוח, שינויים בטון הדיבור, אוצר המילים וכיו"ב.

ה-SCID-D עושה אופרציונליזציה של חמשת האשכולות על ידי תיאור ספציפי של ההתנהגויות והחוויות המתארות את חומרת התסמין הדיסוציאטיבי. על המראיין למקם כל תסמין על מדרג חומרה הנע מ"לא קיים" (absent), דרך "חלש" (mild), בינוני (moderate), ועד חמור (severe). בעת ההערכה עוברים על שאלות ה-SCID-D כדי לקבוע את הימצאות התסמין או היעדרו. חומרת התסמין לצינון בראיון נקבעת על ידי התסמין החמור ביותר שמאותר (מבין רשימת התסמינים עליהם הוא נשאל ושאת קיומו הוא מאשר) והיא מוערכת באמצעות רמת מצוקה וקשיי תפקוד שהתסמין המדווח מייצר. המראיין בוחן אם הנבדק חווה את התסמין אי פעם בעבר על מנת לאתר אפיזודות קודמות שכרגע אין הוא סובל מהן. הגדרות החומרה המצויינות מסייעות למעריך להחליט אם לסמן את התסמין כקיים. הנה מספר שאלות מתוך הראיון, חלקן ישאל רק אם תשובות קודמות מצדיקות זאת:

- האם חשתי אי פעם שאת מתבוננת על עצמך מנקודה שהיא מחוץ לגופך, כאילו שהתבוננת על עצמך מרחוק (או צפית בסרט עלייך)? אם כן, תארי את ההתנסות (בקשה זו נועדה להשאיר בידי המראיין את ההחלטה אם תיאור החוויה אכן עולה בקנה אחד עם הקריטריון שעליו מדובר). באיזו תדירות זה קורה לך?
- האם חשתי אי פעם שחלק מגופך או כל גופך, זרים לך? אם כן: תארי את ההתנסות ושכיחותה.
- האם הרגשתי אי פעם שאנשים מוכרים או שסביבה מוכרת נראים לא מוכרים או לא אמיתיים? אם כן: תארי את התופעה ושכיחותה.

- האם חשת אי פעם משתאה או מבולבל ביחס למה אמיתי ומה לא אמיתי בסביבתך? אם כן: תארי את התופעה ושכיחותה.
- האם הרגשת אי פעם כאילו שמאבק מתרחש בתוכך ביחס למי את באמת? אם כן: תאר את התופעה ושכיחותה.
- האם מלווה מאבק זה בתסמינים גופניים כלשהם (כמו כאבי ראש, תנועות בלתי רצוניות)?
- האם התייחסת אי פעם אל עצמך (או שנאמר לך על ידי אחרים שהתייחסת אל עצמך) בשמות אחרים (חוץ מכינויים או שמות שהשתנו עקב נישואין)? אם כן: מה הם השמות האחרים? מתי נוכחת לראשונה כי את משתמשת בשמות הללו?
- האם קרה לך אי פעם שמצאת חפצים בחזקתך (כמו נעליים למשל) שנראה היה כאילו הם שייכים לך, אבל שאינך זוכרת כיצד השגת אותם? אם כן: מה מצאת בחזקתך?
- האם קורה שמתקיימים אצלך בפנים דיאלוגים מתמשכים? אם כן: תארי את התופעה (איך נשמע דיאלוג כזה?).
- האם התחושה היא שהדיאלוגים הבו-זמניים מתנהלים בתוך ראשך (בניגוד למחוץ לו)?
- האם את יכולה להרחיב קצת בנושא חילופי מצב הרוח המהירים שסיפרת שיש לך? האם יש שמות או כינויים שקשורים במצבי רוח אלה? מהם?
- האם ניהלת אי פעם דיאלוג שקט או בקול, בעל פה או כתוב עם X....? אם כן: תארי את השיחה.

מטופלים שאינם סובלים מ DID ישללו במהירות את התסמינים עליהם הם נשאלים ובמקרה כזה עשוי הראיון להסתיים תוך חצי שעה. מרואיינים עם DID יענו בהרחבה, אבל ה"עיוורון הדיסוציאטיבי" שלהם עלול להקשות עליהם למסור מידע רהוט ומפורט. לפעמים כל מה שיוכלו לדווח עליו בתשובה לשאלותיכם (רק לעיתים רחוקות ידווחו באופן ספונטאני על תסמינים אלה) הוא ש"בורח להם זמן" ושיש להם ראיות שהיו פעילים בזמן הזה. ההגנות הדיסוציאטיות יוצרות אצל מטופלים אלה טולרנטיות גבוהה לתופעות יוצאות דופן אלה, וזאת משום שכל תהייה ביחס לתופעות קליניות אלה, עלולה הוביל לחשיפת פצלי האישיות המחזיקים את החומר הטראומטי המאיים. כלומר, עצם האבחון הוא התפתחות המאיימת על המערך האישיותי ב DID והוא מאתגר את הפונקציה ההגנתית של "לא לדעת את מה שידועים". משמעות הדבר היא שלפעמים פשוט לא ניתן לאבחן את ההפרעה, לפחות במועד ההערכה הפסיכולוגית, בגלל הפונקציה ההגנתית שלה, היוצרת אמנזיה לאמנזיה ודיסוציאציה לדיסוציאציה. במקרים כאלה, האבחנה יכולה להיחשף בהדרגה, במהלך טיפול שבו המטפל קשוב לתופעות הללו ומוכן לבררן ולעבוד עמן. כאשר אנשים עם DID מגיעים למסקנה שהמטפלת שעומדת מולם שיפוטית ביחס לתסמיני ה DID, ספקנית ביחס לאבחנה או נרתעת ממנה, הם יעשו מאמץ לכבוש את התסמינים ולא לחשוף אותם כדי לא להפגע.

עקרונות טיפול

על אף החוויה הסובייקטיבית של המטופלת החווה עצמה מורכבת ממספר זהויות, אל למטפלים לשכוח שבפועל אין מדובר באוסף של אנשים שחולקים ביניהם גוף אחד. יש לראות את המטופלת עם DID כמערכת אישיותית אחת

האחריות להתנהגויות, למעשים ולהחלטות שמתקבלות על ידה, וזאת גם אם היא מדווחת אמנזיה לאחת מן ההתנהגויות (Radden, 1996). לעניין האחריות האישית של אנשים עם DID יש גם השלכות משפטיות, הנוגעת לאותם מקרים נדירים בהם אדם המאובחן בהפרעה טוען לחפות בגלל אי-שפיות, אבל דיון בנושא מורכב זה מקומו בבמה נפרדת. לדעתי, יש אמנם מקום לשיקול דעת של בית המשפט במקרים כאלה בכל הנוגע לגזירת העונש, אבל הסכנה שבפסטר גורף מאחריות לאנשים עם הפרעה זו אינה מוצדקת, לדעתי.

מטרת הטיפול ב DID היא להביא את מערכת האישיות לתפקוד הרמוני ואינטגרטיבי יותר. האסטרטגיה להשגת יעד זה כרוכה בגיוס כל חלקי האישיות לטיפול, יצירת ברית טיפולית עם כולם, שיפור התקשורת בין חלקי האישיות ובהמשך גם חיזוק האמפטיה שלהם זה לזה. כדי להגיע ליעד זה, על המטפלת להכיר בחוויה הסובייקטיבית של המטופלת ולתקף אותה. משמעות הדבר היא חתירה ליצירת קשר עם כל חלקי האישיות האוטונומיים - לא רק עם אלה הנוחים יותר לטיפול כמו חלקים "לא מזיקים", דיכאוניים או ילדיים, אלא גם עם החלקים הכועסים, החשדניים או הפוגעים הממלאים לעיתים תכופות תפקידים הגנתיים, כייצוגים של הפוגעים שתפקידם לוודא ציות ונאמנות לדמות המתעללת. ברוב המקרים של DID יש לכל זהות נקודת מבט של "גוף ראשון" והיא נושאת חווית עצמי נפרדת וייחודית, המלווה בתפיסה של חלקי האישיות (הזהויות) האחרים כ"לא אני", לפעמים תוך התעלמות מקיומם, או אפילו חוסר מודעות לקיומם של חלקי אישיות אחרים. חילופי אישיות יכולים להתרחש בתגובה לשינויים במצב הרגשי, בתגובה למצבים בין-אישיים משתנים, למצבי לחץ ולדרישות תפקוד גבוהות. במצבים כאלה, "יוצאת" זהות שתפקידה להתמודד עם דרישות המצב הספציפיות. המטפל ניצב, איפה, בפני זהויות שונות הנושאות תפקידים, זיכרונות, סגנונות בינאישיים, ציפיות ודפוסי היקשרות (ומתוך כך גם דפוסי העברה) שונים. על המטפל לסייע לזהויות השונות להגביר את המודעות לקיומן של חלקי אישיות אחרים ולהכיר בכך שיש להם תוקף וזכות קיום זהים. הגברת המודעות ההדדית לתפקידים השונים של חלקי האישיות ושיפור התקשורת הפנימית נועדה להפחית קונפליקטים פנימיים ולפתח שיתוף פעולה פנימי (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). הטיפול ב DID עד לאינטגרציה של הזהויות והזכרונות הטראומטיים לזהות אחת ולזיכרון היסטורי אחד, הוא טיפול ממושך הנע בין שנים ספורות למספר רב של שנים. על מטפלת הלוקחת על עצמה טיפול שכזה להבין כי היא מתחייבת לטיפול ארוך טווח שאינו מוגבל בזמן. מסיבה זו, יש לשקול חלופות טיפוליות במקרים שמטופלות עם DID מאובחנות במסגרות ציבוריות שבהן משך הטיפול מוגבל בזמן או שתחלופת המטפלות גבוהה.

גישת השלבים. מומחים בתחום מסכימים שהטיפול הנאות בהפרעות נפשיות פוסט-טראומטיות מורכבות,

כדוגמת DID, הוא טיפול המונחה על ידי שלבים (Steele, Van der Hart, Phase-oriented treatment approach, & Nijenhuis, 2001, 2005). ניתן לתאר את הקונצנזוס בספרות בשלבים כלדהלן:

1. ייצוב, הפחתת תסמינים ודאגה לביטחון (safety) יציב של המטופלת (כלומר ווידא שאיננה נפגעת עוד במהלך הטיפול).
2. חשיפה, עיבוד ואינטגרציה של זכרונות טראומטיים.
3. אינטגרציה של הזהות ועבודה על שיקום החיים (פסיכותרפיה "רגילה").

שלב הייצוב מוצג כשלב הראשון בטיפול, אבל גם העבודה בשלב השני עלולה לערער את המטופלת ולהצריך עבודה טיפולית מייצבת. אירועי חיים שונים המתרחשים לכל אורך הטיפול, עלולים גם הם לעורר מצוקה וקשייו ויסות רגשי שיצדיקו ניהול תסמינים טיפולי וסיוע בהתמודדות מול קשיי חיים אמיתיים כמו עוני, שימוש בחומרים, הפרעות

אכילה, התנהגויות מסתכנות, היפגעות מינית חוזרת או מעורבות במערכות יחסים אלימות. לעיתים מצדיקה התערבות מייצבת העברת המטופלת למערך טיפולי כוללני, כמו למשל במקלט מוגן או באישפוז במחלקה פסיכיאטרית שבה יש עניין וניסיון בטיפול וייצוב נשים עם DID. התנהגות אובדנית עלולה להיות אף היא אלמנט שאינו מאפשר עבודה אקספלורטיבית על תכני טראומה וזכרונות מודחקים. קלינאי DID ישכילו מהכשרה בטיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT; Linehan, 1993) שתוכנן ויועד לשיפור הוויסות הרגשי והוכח כיעיל בהפחתה של התנהגויות אובדניות והתנהגויות פגיעה עצמית המאפיינות הפרעת אישיות גבולית. לאחרונה פורסם ספר המתמקד בהקניית מיומנויות ייעודיות לאנשים עם DID, המיושם בישראל על ידי קלינאים בתחום (Boon, Steele & Van der Hart, 2011). מוסכם על ידי קלינאי DID רבים כי אלמנט חשוב בייצוב מטופלות אלה עשוי להיות יצירת "מקום בטוח" בדימיון, ותרגולו. מקום כזה יכול להיות חדר פנימי מדומיין, מבודד מקול, מרופד, מצוייד בצעצועים רכים ומוגן על ידי "שומרי ראש" וכו'.

בשלב השני מתבצע ה'מטאבוליזם' של הטרומה כשהאתגר המרכזי בו הוא הפחתת הפוביה של המטופלת מפני זהותה הקורבנית ומפני זיכרונותיה הקשים, כמו כן יכול שלב זה תמיכה בתהליך ההשלמה הכואב עם העובדה שאנשים אהובים פגעו בה ושהחמיצה לעד את ההזדמנות לגדול במשפחה נורמאלית ולילדות מאושרת. העמדה הטיפולית הבסיסית היא זו של כבוד סקרני לפנומנולוגיה המוצגת על ידי המטופלת. אלא שלפני הכניסה למהלך טיפולי זה, חשוב ללמד את המטופלת במה כרוכה הכניסה לשלב השני. על המטופלת להבין שזה שלב טיפולי מערער ושתהינה תקופות במהלכו שבהן מצב רוחה יורע ושרמת תפקודה תרד. על המטופלת לשקול ביחד עם המטפלת את היתרונות והמחירים של כניסה אל מול אי-כניסה לשלב זה. למשל: כשבאופק יש חתונה, בחינות חשובות, לידה או צורך לשמור על תפקוד גבוה בעבודה, יתכן והמהלך האחראי יהיה לא ליזום 'הערת שדים מרובים'.

רצוי שמטפלים יבררו קודם כניסה לשלב זה, מספר שאלות מהותיות הנוגעות לאופי ההתערבות: על אילו זיכרונות כדאי להתמקד (עבודה על זיכרונות מייצגים ספציפיים עשויה להקל את הסבל שמייצרים הרבה זיכרונות טראומות דומים)?, מה תהיה רמת העיבוד (בהתאם לפרדיגמות של חשיפה ממושכת העבודה צריכה להיות במדרג קושי ואין להציף את השורדת ולהביא אותה לעירור-יתר) ושיטתו (שימוש בטכניקות השאולות מהפנוזה, אבריאקציות מתוכננות ומדודות, טכניקות קוגניטיביות לעיבוד הזיכרונות, טכניקות EMDR וכו')?, מה יהיה הסטינג (הארכת זמן הפגישה הרגיל כדי לאפשר עיבוד וסגירה, שימוש בשמיכות, כריות, בובות וחפצי מעבר אחרים כדי לשפר את תחושת הביטחון בזמן רגרסיה וכו')?, אילו צעדים ינקטו כדי להשיב את תחושת הביטחון בזמן העיבוד ("במקום בטוח", טכניקות עיגון, קרקוע, דימיון מודרך מרגיע וכו')? מטרת שלב זה היא שמהות האירועים תזכר על כל מרכיביה הסומאטיים והרגשיים, שהזכרון יחוה בצורה ממותנת ושנראטיב הטרומה ישולב בזיכרון המערכת האישיותית כפרק עגום שעליו יכולה השורדת לתפוס בעלות ושליטה ללא מצוקה מציפה. ככל שזכרונות הטרומה משולבים יותר טוב בהכרת השורדת, וככל שכל זהויותיה מודעות יותר לזיכרונות ושותפות לעיבודם, כך פוחת הצורך במידור ובריבוי הזהויות. אינטגרציה של הזכרונות הטרומטיים עשוי להוביל לשינויים במבנה המערכת הפנימית ולתחילתו של תהליך האינטגרציה המבנית באישיות. תהליך האינטגרציה, הוא כמובן גם תוצר של תהליכי חוויה מתקנת התייחסותיים.

כאן המקום להביא מילת הסתייגות ביחס לגישת השלבים. ההנחה שהשורדת היא כחומר ביד היוצר וכי השליטה על מהלכי הטיפול נתונה באופן מלא או בלעדי בידי המטפלת היא בעיניי אשליה. במקרים רבים מטופלות מגיעות לטיפול כשהן חוות פלשבקים ומוצפות בזיכרונות מיד כשהן חשות בטוחות בקשר הטיפולי ועוד טרם היה סיפק בידי המטפלת לבסס את שלב הייצוב הראשוני. גם אם יושמה עבודה מייצבת ראויה בשלב הראשון, הרי שחשיפת הטרומות עלולה להחזיר את הגלגל

לאחר באופן שמחייב עבודת ייצוב חוזרת ונשנית לכל אורך שלבי הטיפול.

עקרונות ליבה נוספים בטיפול

- התעלמות ממצג של זהויות שונות או ביטולן עלול להחזיר את המטופל למצב דמויות מטפלות שלא סייעו למטופל בילדותה.
- ראוי שיושם דגש רב בטיפול על קימום תחושות שליטה (mastery) לתיקון חווית הסבל הפאסיבי של השורדות.
- מטופלות עם DID מעולם לא בחרו להיות מוזנחות רגשית ולהפגע, והן מצפות להנמש בתחושה שאינן ראויות לקשר מיטיב. כדי לסייע למטופלות לקומם את תחושת השליטה על חייהן ואת זכאותן לחווית קשר מיטיבה, הכרחי שהטיפול יבוסס על ברית טיפולית חזקה שבה המטפלת נאבקה על הקשר באופן בלתי נלאה.
- מטופלות עם DID נפגעו בקשרים טיפוליים בילדותן, בהם היו מסרים מבלבלים וגבולות מטושטשים. קשר טיפולי טוב חייב להיות מושתת על תקשורת בהירה ועקבית ועל גבולות טיפול מוסכמים וברורים (גם אם הם מוחלט שהיו שונים מאשר בטיפול רגיל).
- כתרומה חשובה לתהליך האינטגרציה של השורדות המפוצלות הללו חשוב שהמטפלת תשמור על עמדה עקבית מעבר לזהויות השונות, תוך המנעות ממתן יחס מועדף לזהויות "נחמדות" ותגובת התעלמות או יחס עויין לזהויות קשות יותר לטיפול. בטווח הארוך, עקביות סגנונית של המטפל מעבר לזהויות היא אחת מהמתקפות הטיפוליות היעילות ביותר על ההגנות הדיסוציאטיביות של המטופלת.
- טיפול ב DID מקפל בתוכו ציפיה שהמטופלת תוותר על מנגנוני ההגנה הדיסוציאטיביים. תהליך כזה משאיר את המטופלות חשופות לכאב קשה מנשוא, לפעמים ללא יכולת חלופית לוויסות הרגשות. כמו בתהליך הורי מיטיב, ראוי שמטפלים ירחיבו באופן מושכל את זמינותם בדרכים מגוונות ועל פי שיקול דעת: החלטה על משך פגישות ארוך יותר, הוספת פגישות, זמינות מוגדרת מראש למסרונים של בקשת עזרה בין פגישות ומתן אפשרות למשלוח מסרים בדואר האלקטרוני, הם דוגמאות למחויבות הטיפולית המיוחדת שראוי להקדיש למטופלות עם DID.

בשלב השלישי של הטיפול ב DID המטופלות עובדות על ביסוס חווית העצמי האינטגרטיבית והטיפול מתמקד לא פעם בעיבוד האבל על הילדות, הנעורים והבגרות הצעירה שאבדו ובשיפור התפקוד הבינאישי. חשוב לציין כי מטרת הטיפול הסופית עשויה להיות אינטגרציה מלאה של הזהויות, אלא מטופלות רבות עם DID מעדיפות לא לוותר על הזהויות הפנימיות שהיו תמיד חלק מחיי הנפש שלהן. רעיון האינטגרציה מעורר לא אחת צער ותחושת אובדן ויש מטופלות שמעדיפות להגיע לתפקוד הרמוני מלא בין הזהויות כשאלה מקבלות את עברן המשותף, נמצאות במודעות הדדית מליאה ופועלות בשיתוף פעולה מלא.

לסיכום, המידע שהוצג במאמר זה משקף את סיכום הידע המצטבר ואת הקונצנזוס הקליני ביחס להערכה של DID והטיפול בהפרעה. על אף שפסיכופתולוגיה זו מבוססת ומעוגנת במחקר עשיר ואיכותי ומיוצגת בשני המדריכים האבחוניים הבינלאומיים העיקריים, ולמרות שההפרעה איננה נדירה כמו שטוענים רבים לחשוב, היא נותרה עלומה

וחמקמקה, וממשיכה לאיים על קלינאים ולעורר חילוקי דעות מיותרים. עשיית צדק עם מטופלים ומטופלות ששרדו הזנחה והתעללות מחייבת העמקת הידע בנושא, משום שויתור על העמקה משמעו אבחון שגוי ומתן טיפול לא מתאים, וזו אינה אלא מכה נוספת לציבור אומלל זה והמשך ממסדי של העמידה מנגד לנוכח סבלם.

מקורות

זומר, א. (1989). אישיות מרובת פנים: הערות על אבחון, טיפול ורגשות המטפל. שיחות, ג(2), 101-106.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*. New York: W. W. Norton.

Brown, R., & Trimble, M.R. (2000). Dissociative psychopathology, non-epileptic seizures, and neurology. *Journal of Neurology, Neurosurgery & psychiatry*, 69, 285-291.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.

Carlson, E.B., Putnam, F.W., Ross, C.A., Torem, M., Coons, P., Dill, D.L., Lowenstein, R.J., Braun, B.G.(1993). Validity of the dissociative experiences scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.

Carlson, E.A., Yates, T.M, & Sroufe, L.A. (2009). Dissociation and development of the self. In Dell, P.F. & O'Neil, J.O. (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.

Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathological model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-183.

Ginzburg, K., Somer, E., Tamarkin, G., & Kramer, L. (2010). Clandestine psychopathology: Unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 198, 378-381.

- Hudziak, J.J., Boffeli, T.J., Kriesman, J.J., Battaglia, M.M., Stanger, C. & Guze, S.B. (1996). Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1598-1606.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). [Chu, J. A., Dell, P. F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P. M., Somer, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Golston, J. C., Courtois, C. A., Bowman, E. S., Classen, C., Dorahy, M., Sar, V., Gelinas, D.J., Fine, C.G., Paulsen, S., Kluft, R. P., Dalenberg, C. J., Jacobson-Levy, M., Nijenhuis, E. R. S., Boon, S., Chefetz, R.A., Middleton, W., Ross, C. A., Howell, E., Goodwin, G., Coons, P. M., Frankel, A. S., Steele, K., Gold, S. N., Gast, U., Young, L. M., & Twombly, J.]. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115–187.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and Axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 131–140.
- Kluft, R. P. (2009). A clinician's understanding of dissociation: Fragments of an acquaintance. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 599–624). New York, NY: Routledge.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 503–517.
- Sar, V., Akyüz, G., & Dog ʻan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169–176.
- Somer, E. (2000a). Israeli mental health professionals' attitudes towards dissociative disorders, differential diagnosis considered, and reported incidence. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(1), 21-44.
- Somer, E. (2005). Advances in dissociation research and practice in Israel. *Journal of Trauma Practice*, 4 (1/2), 155 – 176 (Simultaneously published as Trauma and Dissociation in a Cross-Cultural Perspective: Not Just a North American Phenomenon, New York: Haworth

Press).

- Somer, E., Altus, L., & Ginzburg, K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: Exploring the “chemical dissociation” hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 419–425.
- Somer, E., Dolgin, M., & Saadon, M. (2001). Validation of the Hebrew version of the Dissociation Experiences Scale (H-DES) in Israel. *Trauma and Dissociation*, 2(2), 53–66.
- Sroufe, L. A. (1990). Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2, 335–347.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79–116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11–54.
- Steinberg, M. (1993). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry (Suppl)*, 153, 83–93.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the dissociative experiences scale. *Clinical Psychology Review*, 16, 365–382.
- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavioral genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499–510.
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision (2nd ed.)*. Geneva, Switzerland: Author.